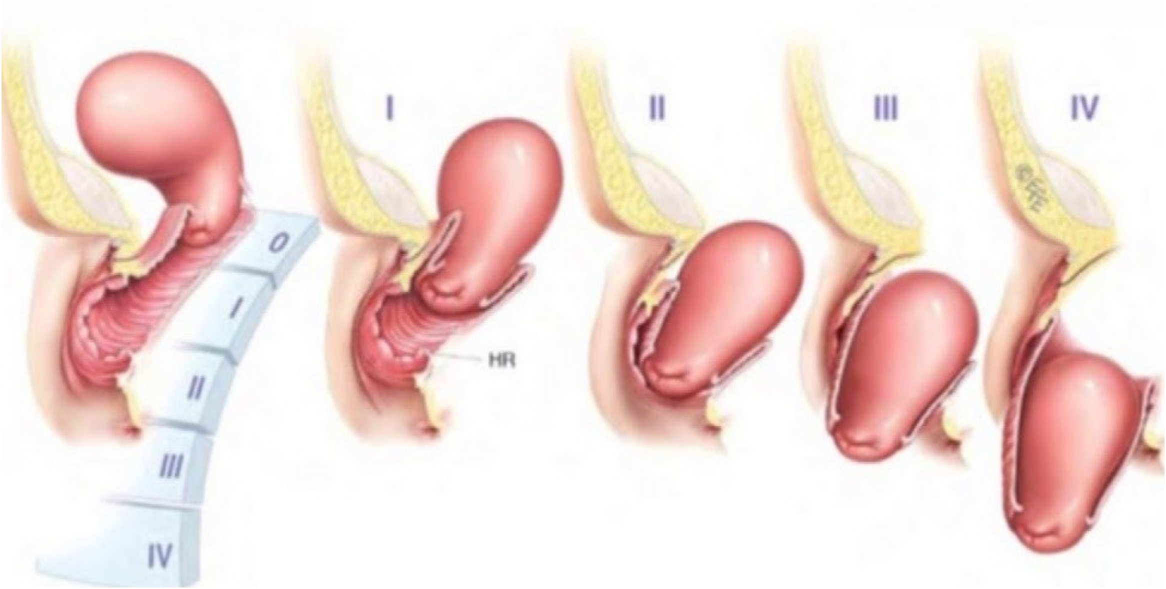
PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS, EPIDEMIOLOGIA, FACTORES DE RIESGO, DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN.

Dra. Ligia Yadira Saltos Gutiérrez

DOCENTE UCE

PROLAPSO DE ÓRGANOS PELVICOS

Es un trastorno frecuente que puede causar disfunción del aparato genital y disminuir la calidad de vida.



SIGNOS

Descenso de uno o más de los siguientes

- Pared vaginal anterior
- Pared vaginal posterior
- Útero y cuello uterino
- Cúpula vaginal o perineo.

SINTOMAS

Abultamiento vaginal.
Presión pélvica.
Necesidad de contención o uso de los dedos

EPIDEMIOLOGÍA

Afecta a millones de mujeres en el mundo. En EEUU constituye la tercera indicación para realizar histerectomía

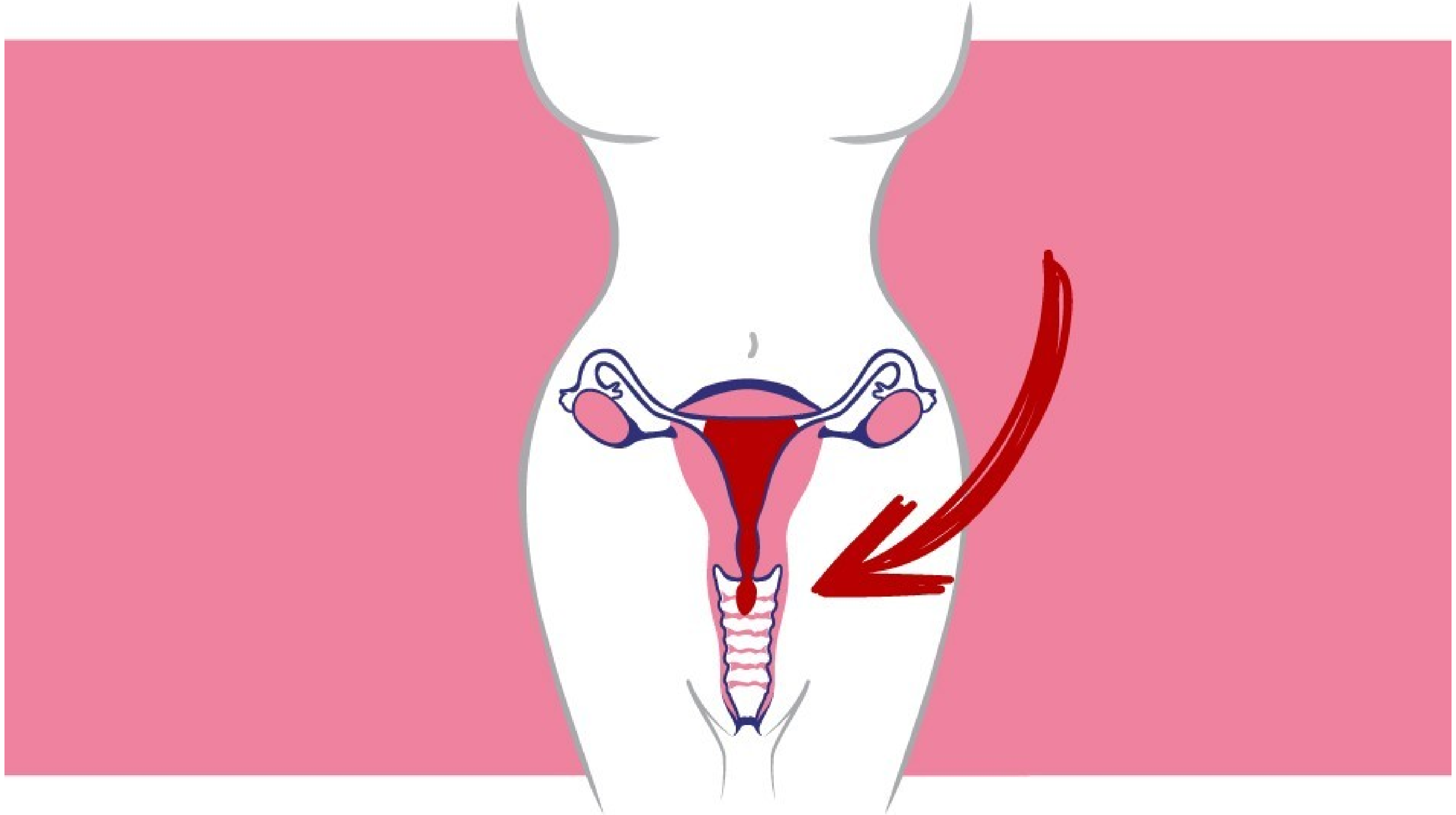
El riesgo en la vida que tiene una mujer de someterse a una **cirugía por prolapso es de 12%.**

Prevalencia de 3 a 6%

FACTORES DE RIESG0

RIESGOS OBSTETRICOS

Se desarrollan de manera gradual durante años.
Su **causa es multifactorial.**



El **parto** es el factor de riesgo citado con más frecuencia.

El riesgo de prolapso de órgano pélvicos **aumentó 1,2 veces con cada parto vaginal.**

ATRIC SCALE
CC Wikipedia

Los factores obstétricos especifico de riesgo aun son tema de controversia.

Macrosomía .
Segunda etapa del trabajo de parto prolongada.
Episiotomía .
Laceración del esfínter anal .
Analgesia epidural.
Uso de fórceps.
Estimulación del trabajo de parto con oxitocina.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS
• Embarazo
• Parto Vaginal
• Menopausia Envejecimiento Hipoestrogenismo
• Elevación crónica de la presión intraabdominal. • Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. • Estreñimiento. • Obesidad.
• Traumatismo del piso pélvico.
• Factores genéticos Raza Trastornos del tejido conjuntivo.
• Espina bífida

Factores
de riesgo

ETNIA

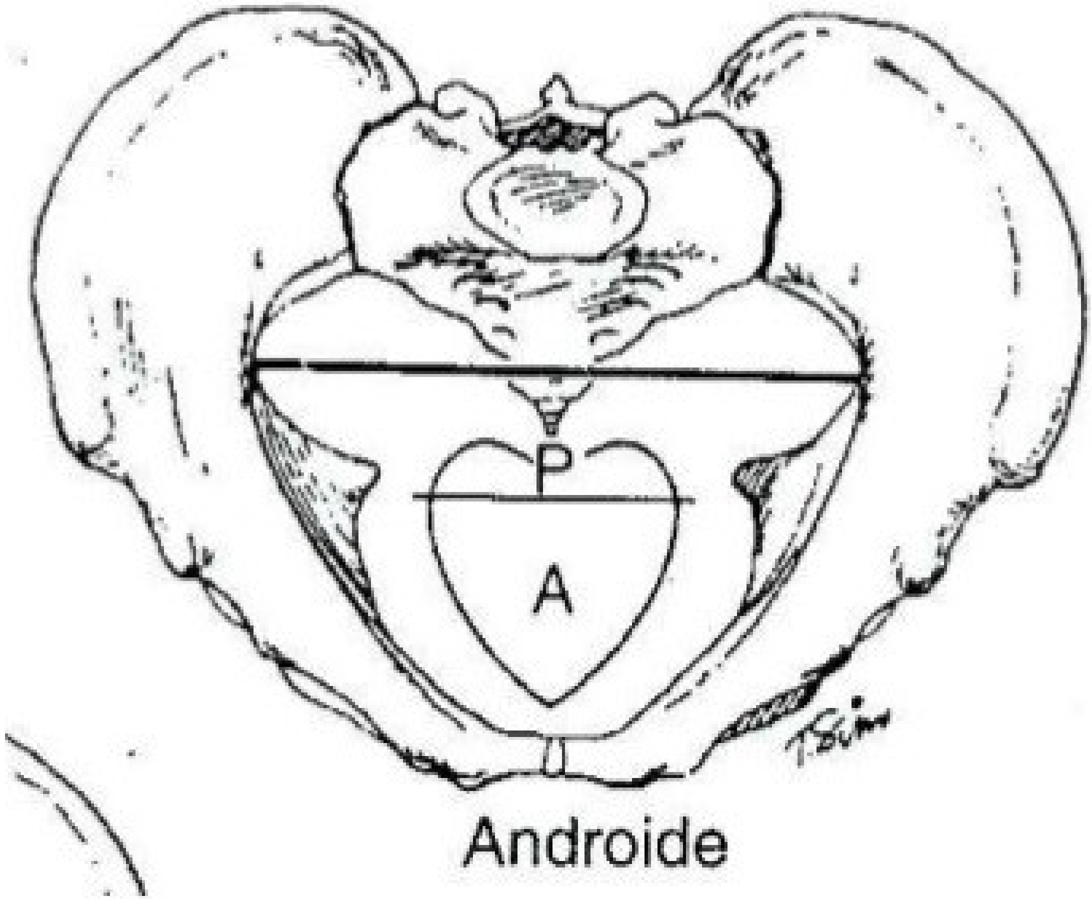
El riesgo es menor entre las mujeres de raza negra y asiática. Mientras que las hispanas y caucásicas tienen mayor riesgo.

Se ha demostrado diferencias en el contenido del colágeno en las distintas etnias , pero quizás también participan ciertas diferencias raciales de la pelvis ósea.

Las mujeres de raza negra tienen con más frecuencia un arco púbico estrecho y una pelvis androide o antropoide.

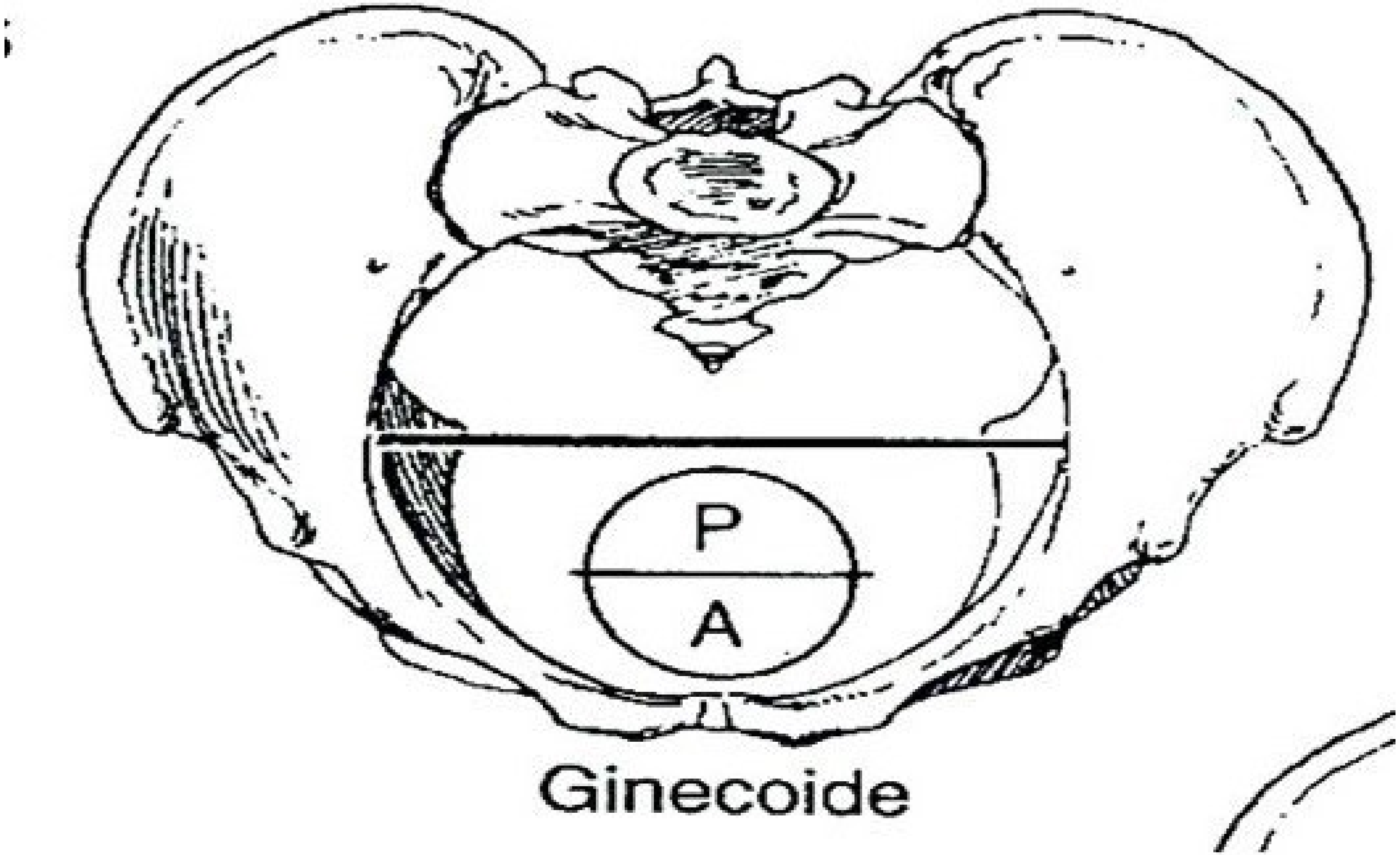
La pelvis anterior es estrecha y triangular.

Las espinas isquiáticas son prominentes y el arco subpubiano es angosto.



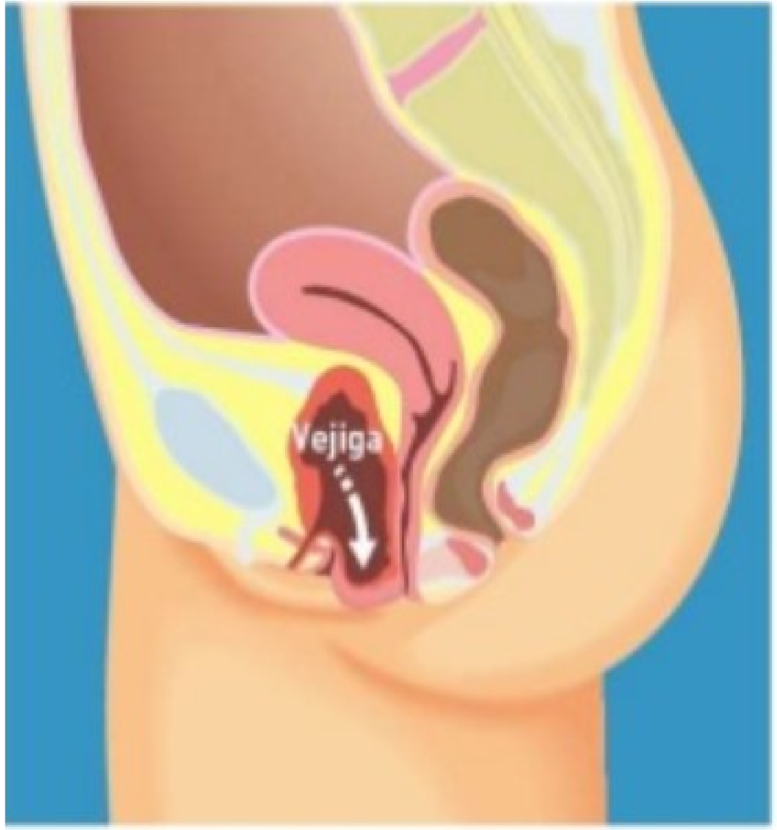
Androide

El sacro esta dispuesto hacia delante.

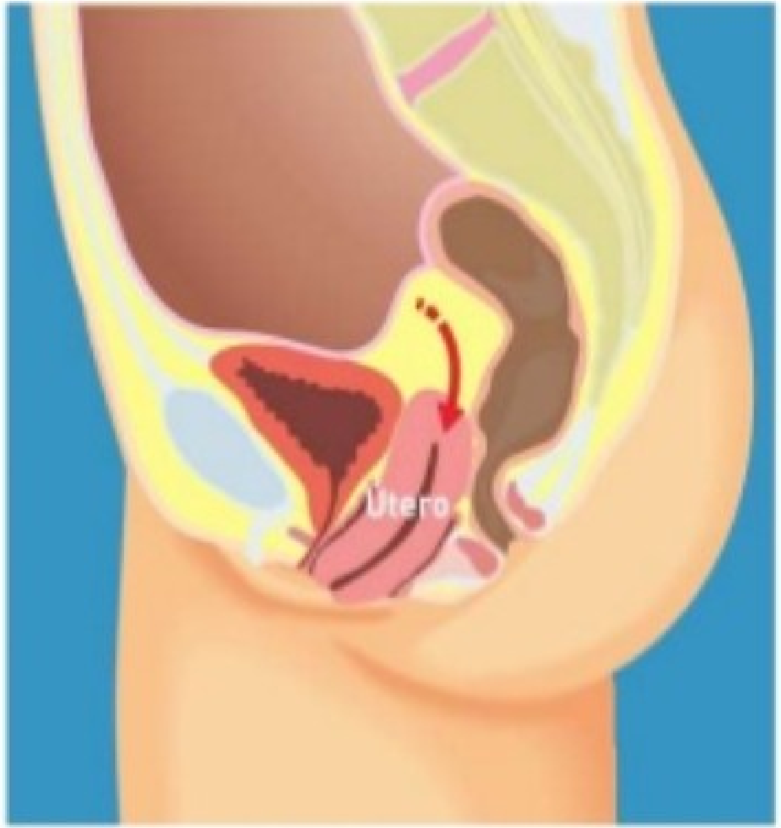


Esta forma protege contra el prolapso de órganos pélvicos más que la pelvis genecoide típica de la mayoría de las mujeres caucásicas.

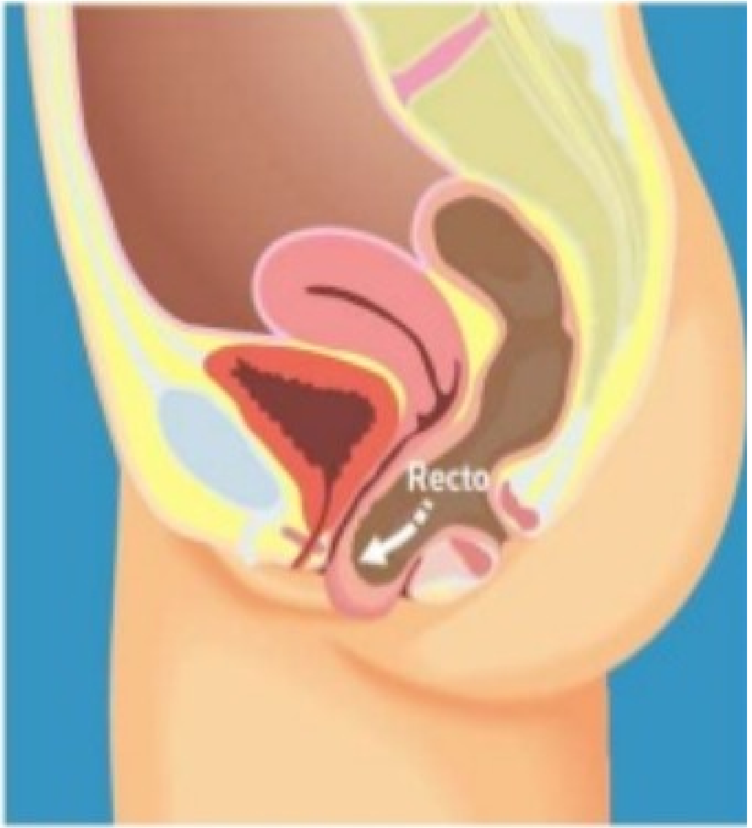
TIPOS DE PROLAPSO



Prolapso anterior: descenso de la uretra y/o de la vejiga



Prolapso apical: descenso del útero o de la cúpula vaginal



Prolapso posterior: el intestino desciende comprimiendo la vagina

ETIOLOGÍA

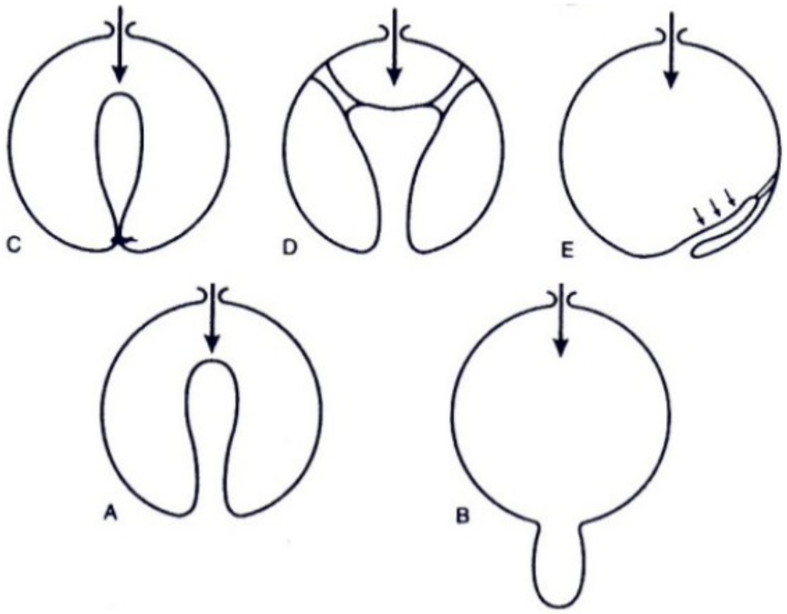
CONGÉNITA

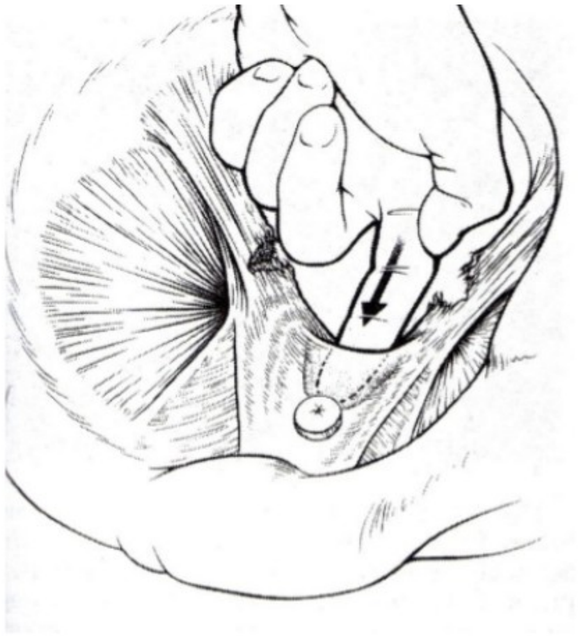
Frecuencia baja se han documentado casos de prolapso en pacientes jóvenes y nulíparas.
Síndrome de Marfan mayor laxitud.
Malformaciones de SNC meningocele , espina bífida, cierto grado de inmadurez del desarrollo sexual.
Mujeres con mayor predisposición a padecer cualquier tipo de hernia.
Más frecuente en mujeres caucásicas vs Afro o asiáticas

TRAUMATICA

Embarazo y parto son las causas más importantes en la fisiología del prolapso.

Traumatismos directos accidentes, agresiones , coito y **traumatismos indirectos** fracturas pélvicas son causantes menos frecuentes.





HORMONAL

Cese del estimulo estrogènico sobre los tejidos de soporte de la pelvis afecta sobre todo durante el climaterio, senectud y en mujeres con sobrepeso.

OTROS

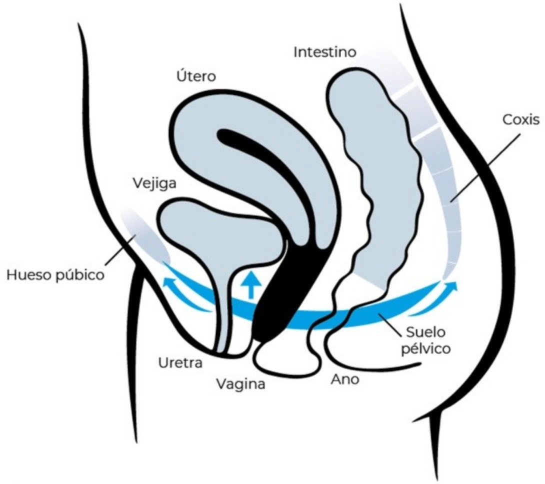
Incremento en la presión intraabdominal a largo plazo.

Causados por obesidad, ejercicios físicos intensos, levantar objetos pesados, tos crónica, estreñimiento crónico, tumores pélvicos, ascitis.

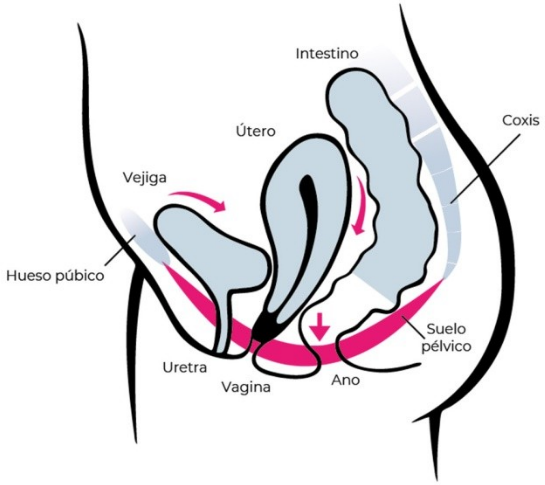
COMING SOON...
KICKBOXING

PRESIÓN INTRAABDOMINAL ELEVADA

Debilitamiento del suelo pélvico


Intestino
Útero
Coxis
Vejiga
Hueso púbico
Suelo pélvico
Uretra
Vagina
Ano

Normal
El suelo pélvico está compuesto por un grupo de músculos que forman una malla para sostener los órganos pélvicos. Estos músculos se contraen para que se produzca el bloqueo perineal cuando aumenta la presión intraabdominal.


Intestino
Coxis
Útero
Vejiga
Hueso púbico
Suelo pélvico
Uretra
Vagina
Ano

Debilitado
Un suelo pélvico débil aumenta el riesgo de incontinencia urinaria, dolor lumbar, disfunciones sexuales y prolapso, que es la caída de los órganos pélvicos.

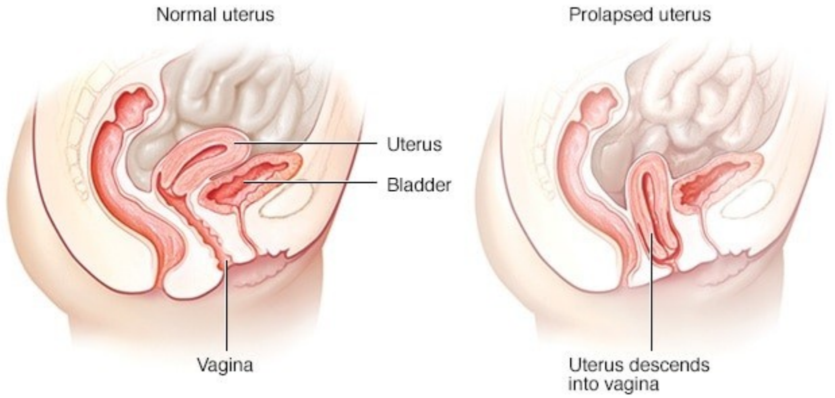
La presión intraabdominal elevada en forma crónica interviene en la patogenia del prolapso de órganos pélvicos.

Las presiones elevadas se producen en la obesidad, estreñimiento crónico , tos crónica y levantamiento repetido de objetos pesados.

El IMC más elevado se ha vinculado con prolapso de órganos pélvicos.

IMC 25 a 30 se acompañó de una mayor frecuencia de prolapso e órganos pélvicos de 31 a 39%.

Mayor a 30 con un incremento de 40 a 75%.


Normal uterus
Prolapsed uterus
Uterus
Bladder
Vagina
Uterus descends into vagina

Respecto al levantamiento de peso , con una **probabilidad de 1.6**

FISIOPATOLOGÍA

El suelo pélvico mantiene el equilibrio entre bipedestación, presión intraabdominal y sustentación de los órganos abomino-pelvianos.

La disfunción del suelo pélvico causante del prolapso es una alteración de la adecuada interacción de todos los elementos que lo conforman.

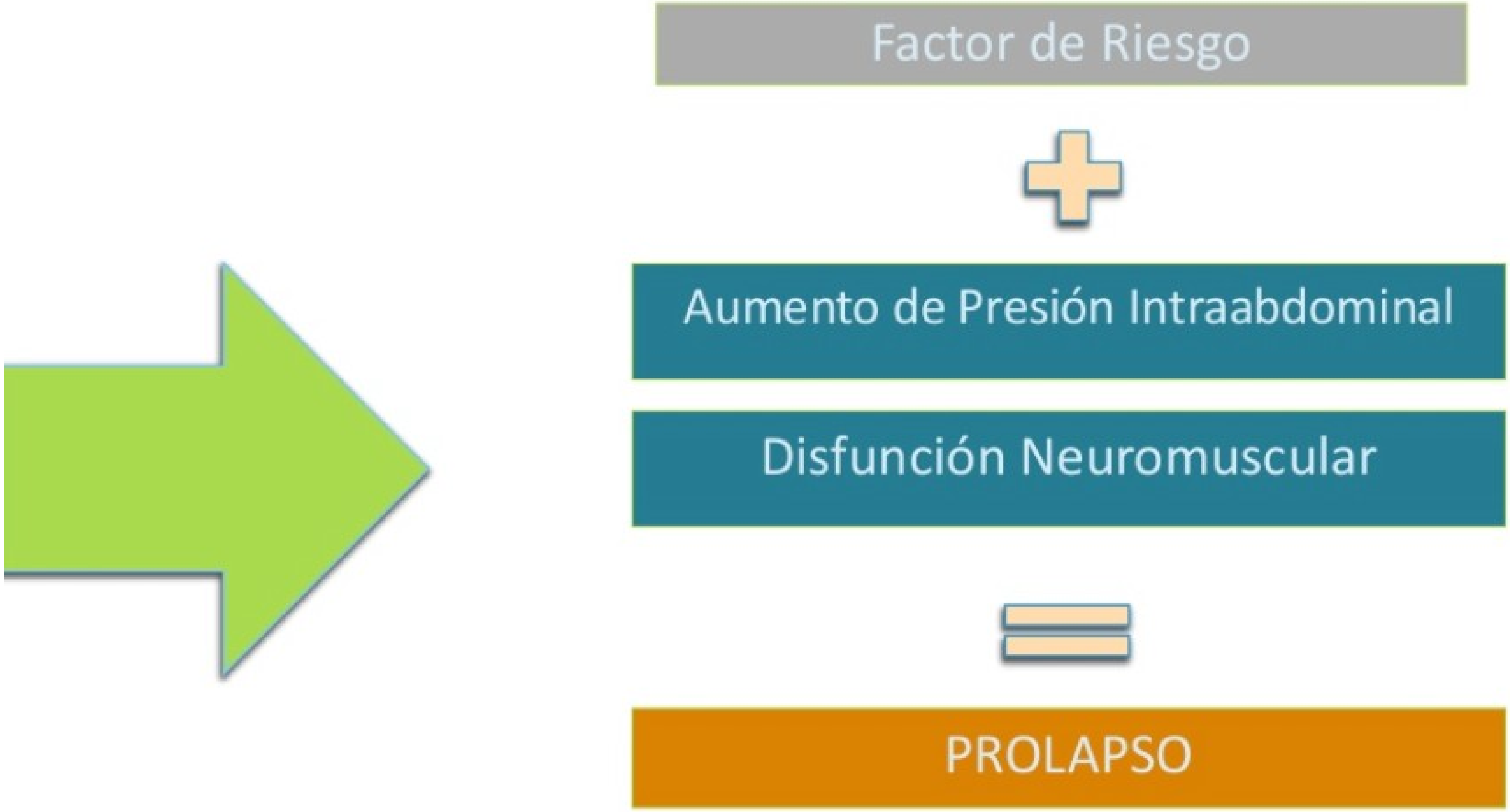
NORMALMENTE

Músculos del suelo pélvico contrarrestan la fuerza ejercida hacia abajo por la presión intraabdominal y alejan la dirección de dicha fuerza del hiato genital evitando el prolapso de los órganos pélvicos

Músculos dañados o debilitados debilitan el suelo de la pelvis causando degeneración de nervios respectivos generando un descenso permanente del rafe medio ano coccígeo.

Ensanchamiento y apertura del hiato genital durante los esfuerzos.

FISIOPATOLOGÍA



Factor de Riesgo

+

Aumento de Presión Intraabdominal

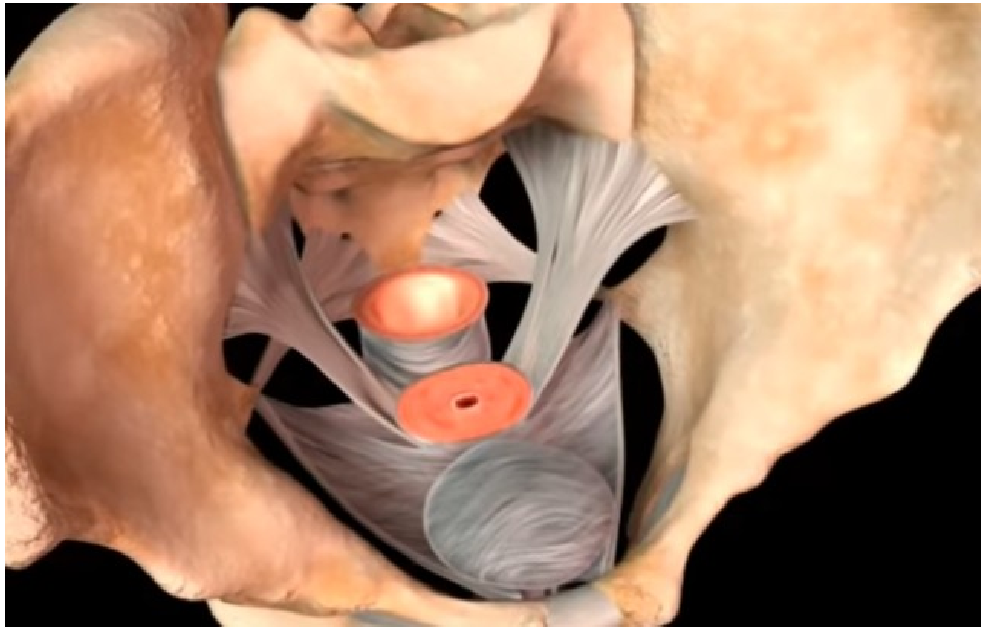
Disfunción Neuromuscular

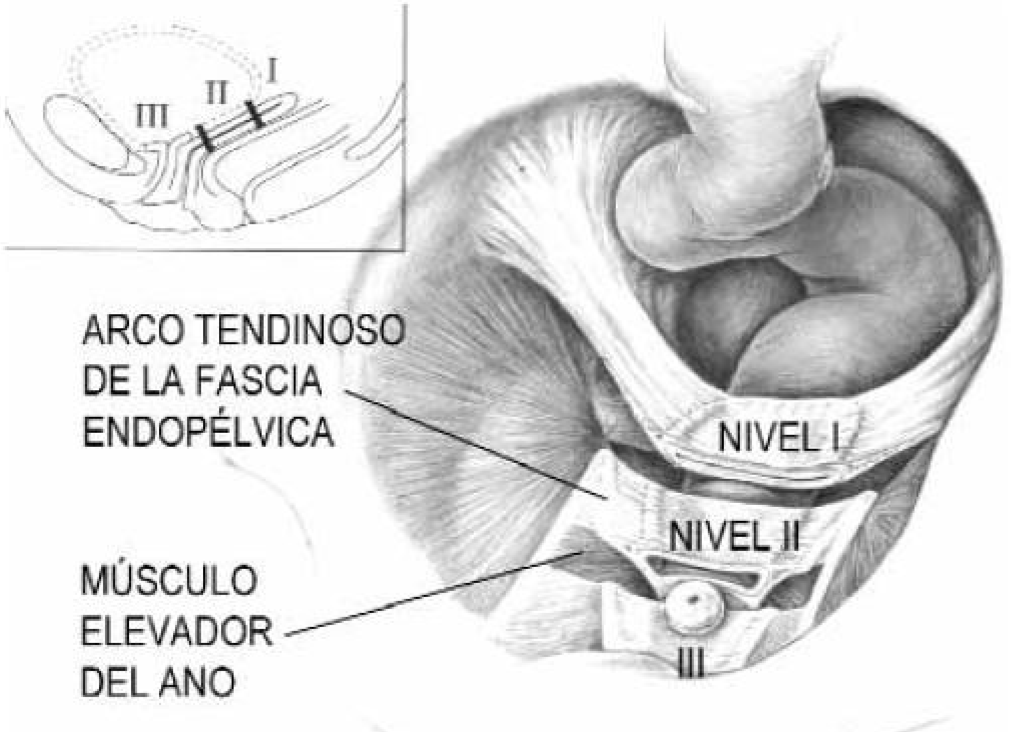
=

PROLAPSO

FASCIA ENDOPÉLVICA

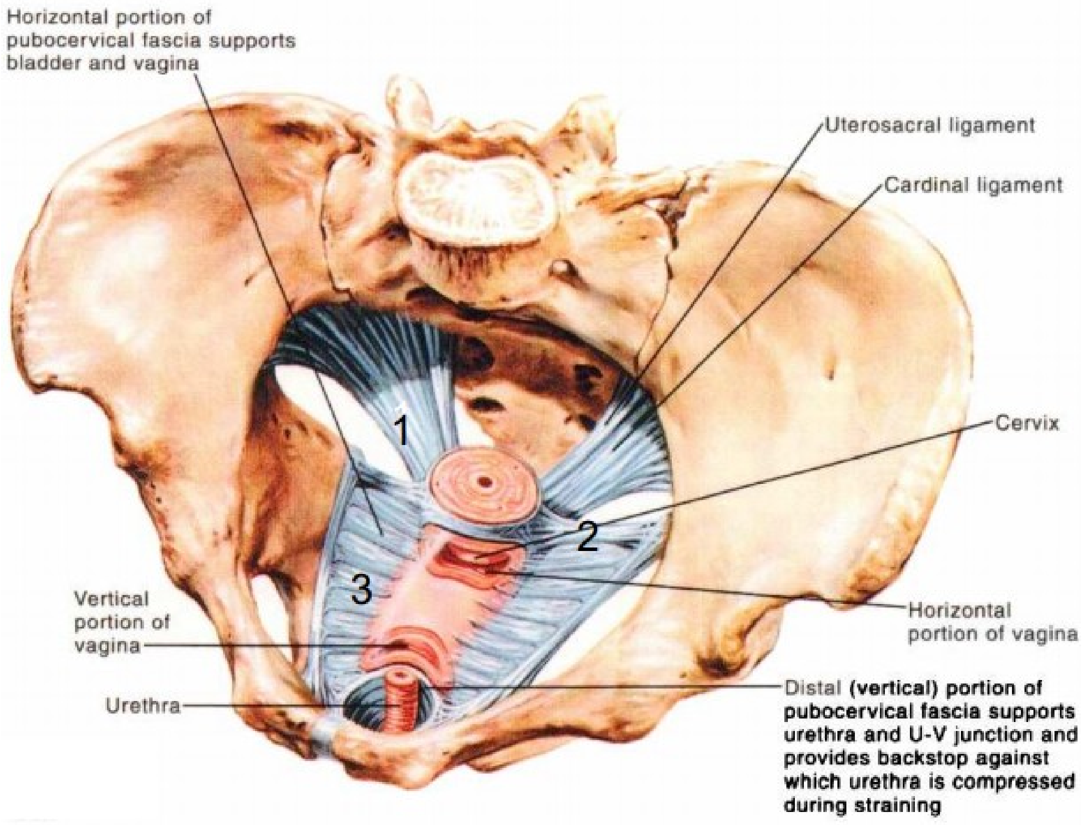
Hacia las paredes laterales de la pelvis, la fascia endopélvica se condensa en una estructura llamada **arco tendíneo de la fascia pélvica** (línea blanca)




I
II
III
ARCO TENDINOSO DE LA FASCIA ENDOPÉLVICA
NIVEL I
NIVEL II
MÚSCULO ELEVADOR DEL ANO
III

Donde la fascia pubocervical y tabique rectovaginal, estructuras que separan vagina de vejiga y vagina de recto respectivamente, se anclan lateralmente hacia las paredes de la pelvis.

La Fascia endopélvica se trata de una verdadera malla de tejido conectivo que envuelve y mantiene los órganos pélvicos en su posición


Horizontal portion of pubocervical fascia supports bladder and vagina
Uterosacral ligament
Cardinal ligament
Cervix
1
2
3
Horizontal portion of vagina
Vertical portion of vagina
Urethra
Distal (vertical) portion of pubocervical fascia supports urethra and U-V junction and provides backstop against which urethra is compressed during straining

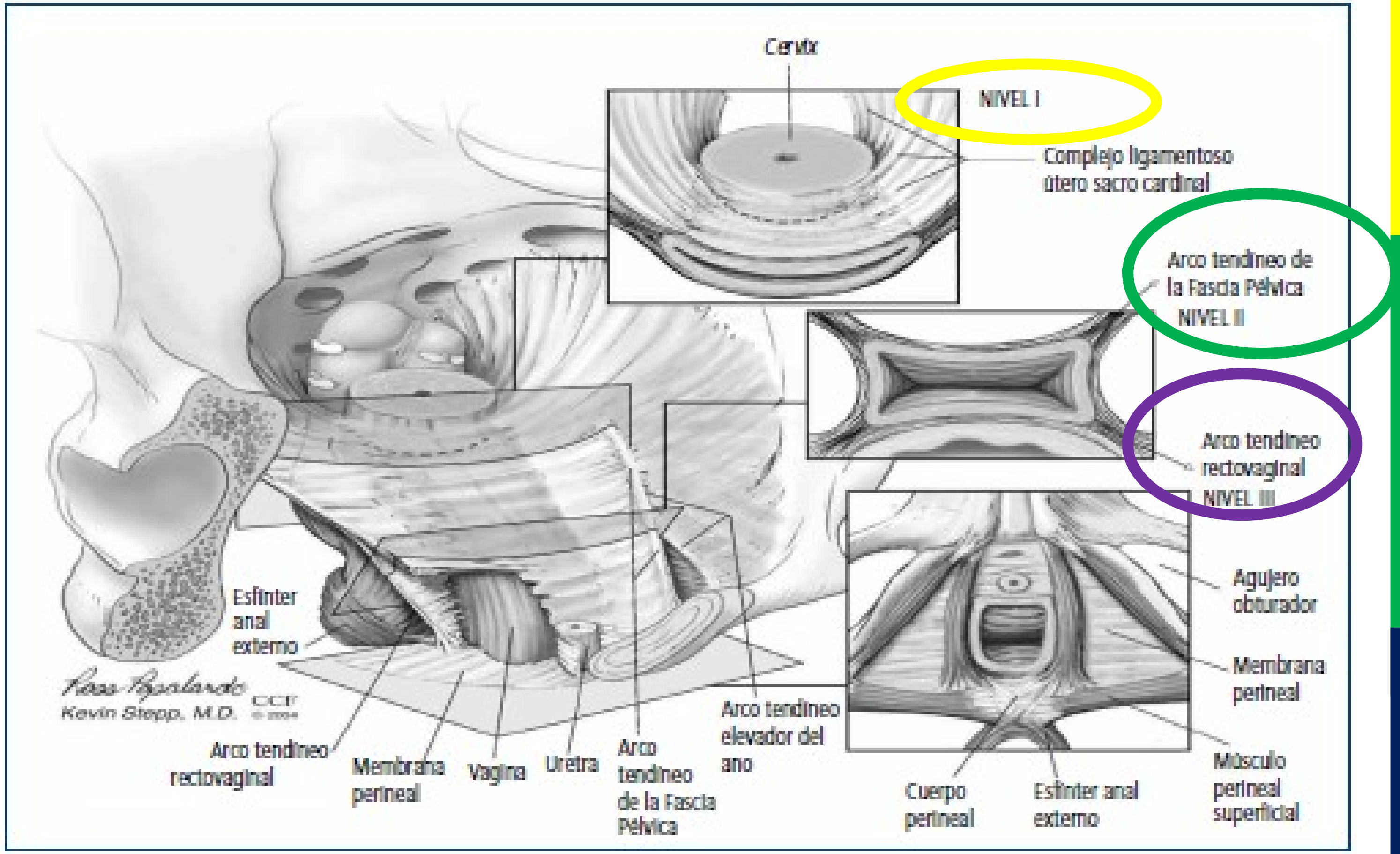
La hipótesis de la hamaca, (1994 - De Lancey) divide el soporte de la pelvis en 3 niveles:

I) Soporte superior,

II) Soporte vaginal medio

III) Soporte vaginal distal o de fusión.

El daño en los distintos niveles, nos permite comprender de mejor manera la producción del POP.
Identificar y comprender la correlación de estos 3 niveles son fundamentales al momento de realizar cirugía reconstructiva por prolapso genital


Cervix
NIVEL I
Complejo ligamentoso útero sacro cardinal
Arco tendíneo de la Fascia Pélvica
NIVEL II
Arco tendíneo rectovaginal
NIVEL III
Agujero obturador
Membrana perineal
Músculo perineal superficial
Esfínter anal externo
Cuerpo perineal
Arco tendíneo elevador del ano
Arco tendíneo de la Fascia Pélvica
Uretra
Vagina
Membrana perineal
Arco tendíneo rectovaginal
Esfínter anal externo
Kevin Stepp, M.D.
CCF ©2004

Nivel I:
Ligamentos útero sacro cardinal y el anillo pericervical.
Daño: prolapsos del compartimento apical: prolapso uterino, prolapso de cúpula vaginal post histerectomía o enterocele.

Nivel II:
Tercio medio de la vagina, específicamente el tabique rectovaginal y fascia pubocervical.
Daño: prolapsos en el compartimento anterior (cistocele) o del compartimento posterior

Nivel III:
Cuerpo del periné y la estructuras que lo conforman: Esfínter anal externo, músculos superficiales del periné y la membrana perineal.
Daños: desgarros perineales o cuerpos perineales deficientes.

CLASIFICACIÓN

HISTEROCELE

- Altamente asociado a cistocele y rectocele.
- Fallo en los ligamentos de sostén uterino

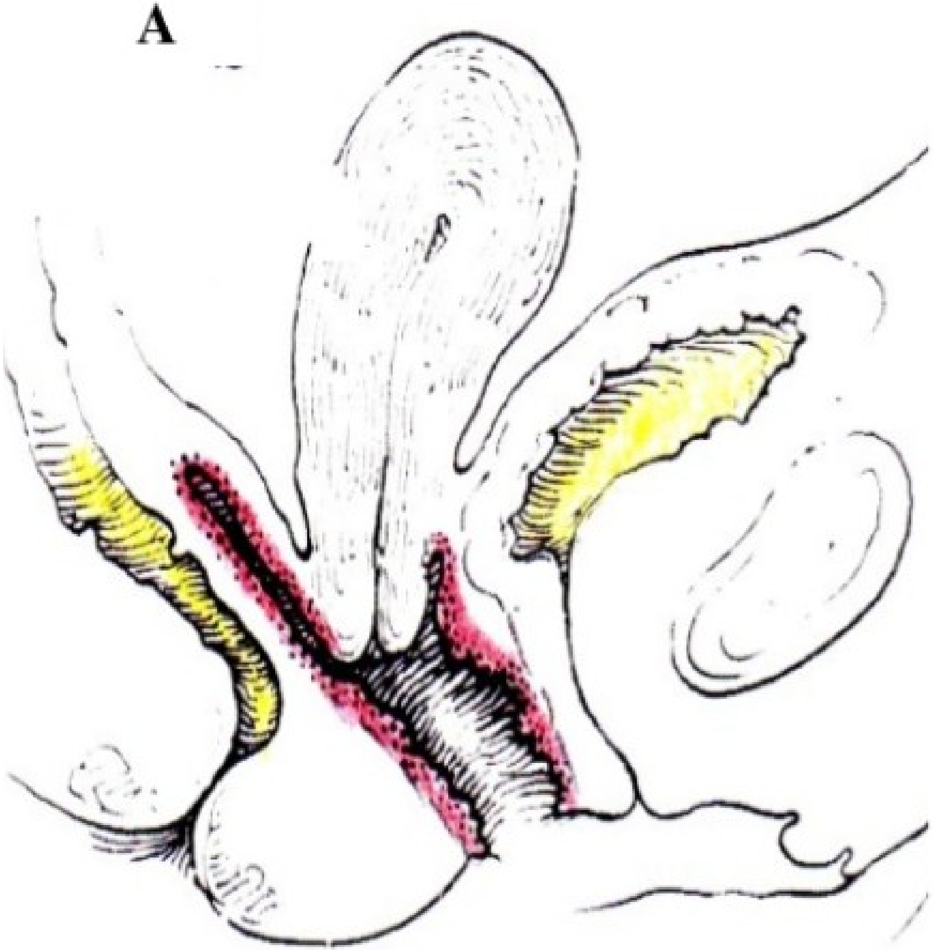
COLPOCELE

ANTERIOR

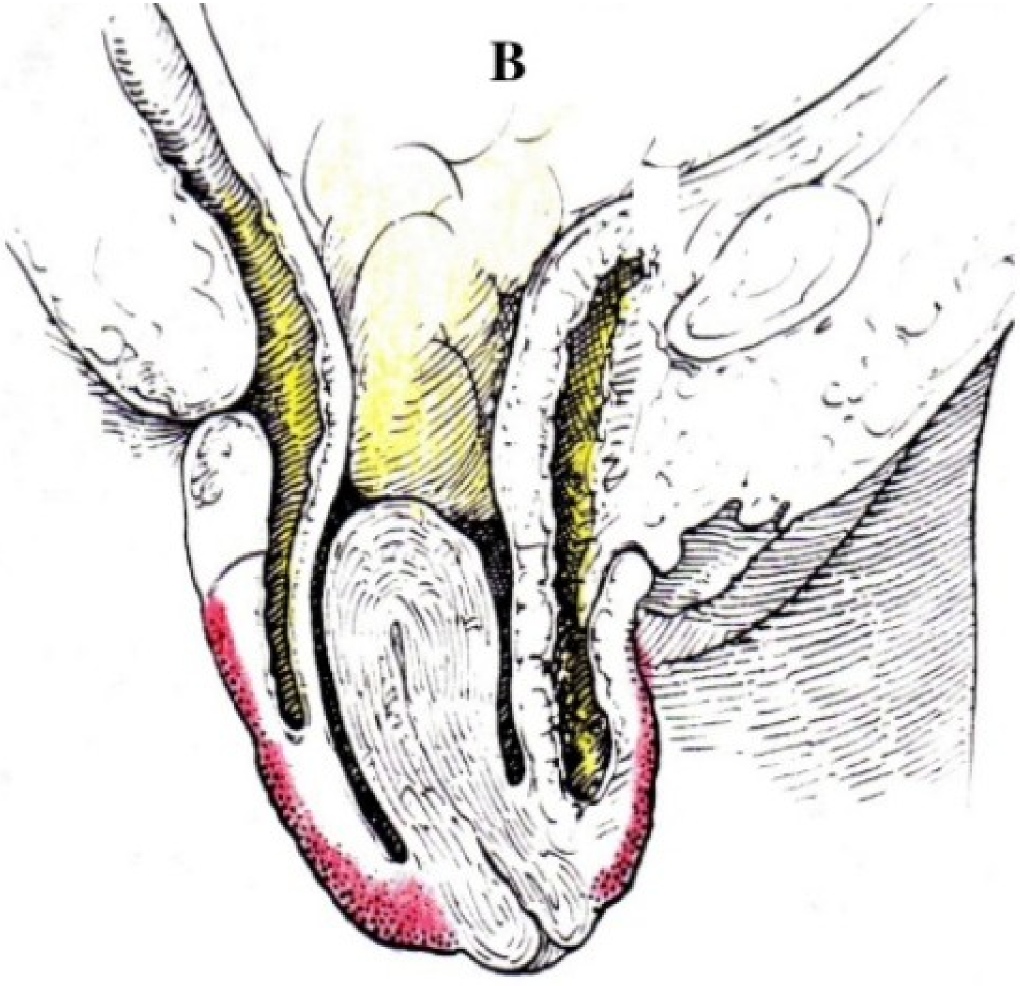
- **Cistocele** mitad superior alteración de los ligamentos pubovesicouterino.
- **Uretrocele** mitad inferior alteración del ligamento triangular.

POSTERIOR

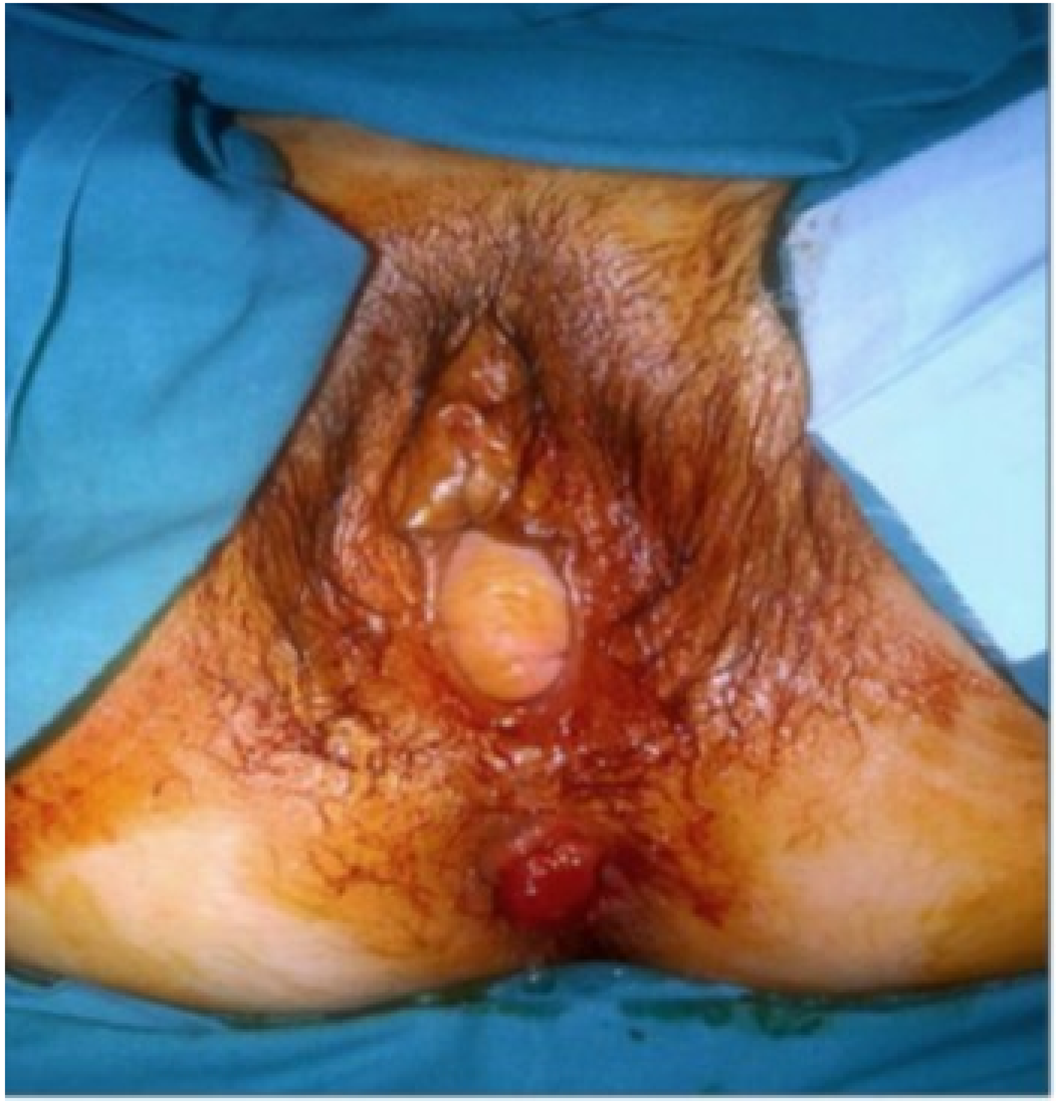
- **Rectocele** alteración del tabique recto-vaginal.



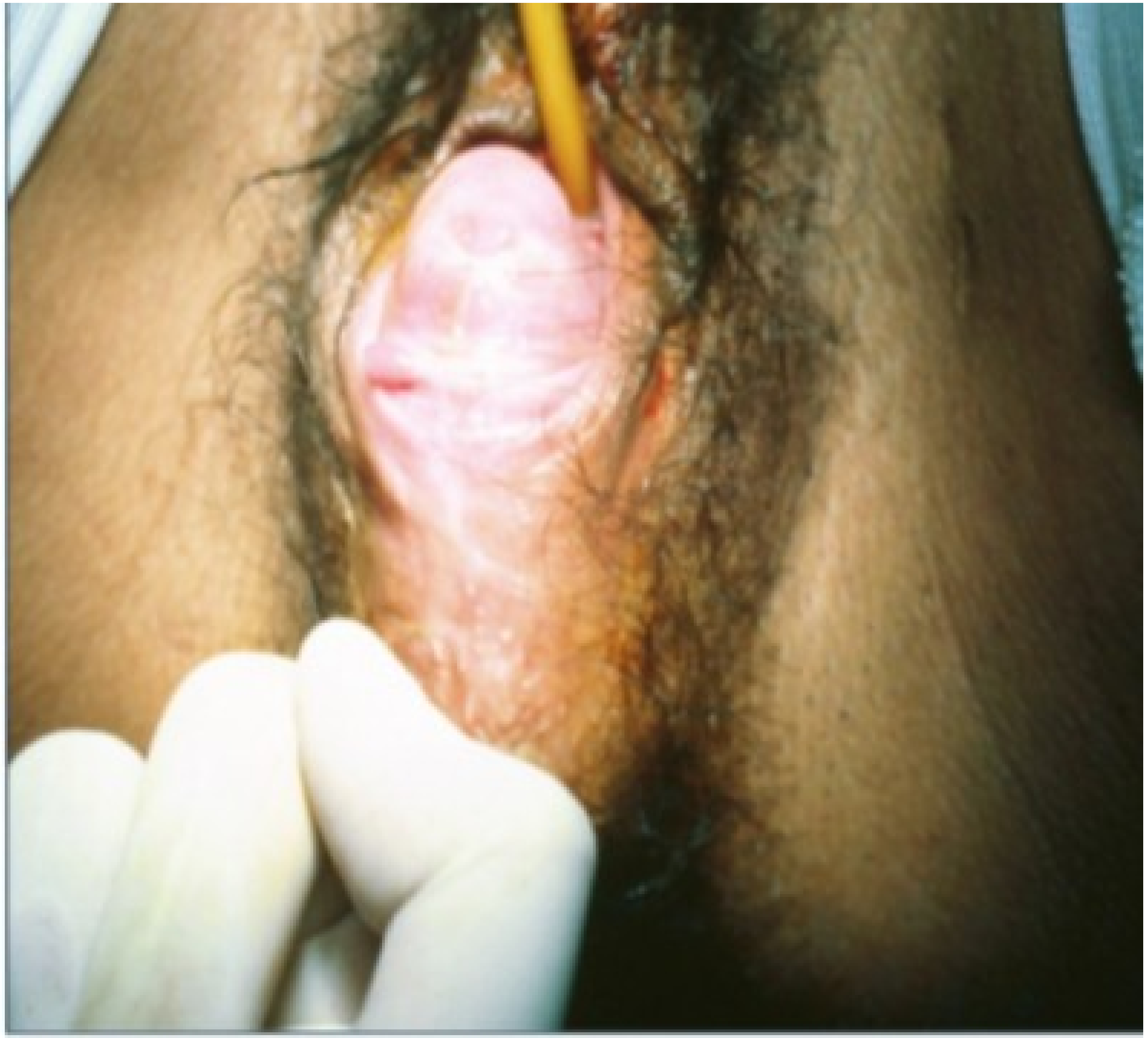
A: histerocele



B: eversión vaginal completa y prolapso uterino exteriorizado
(recto, cisto y enterocele
por tracción)

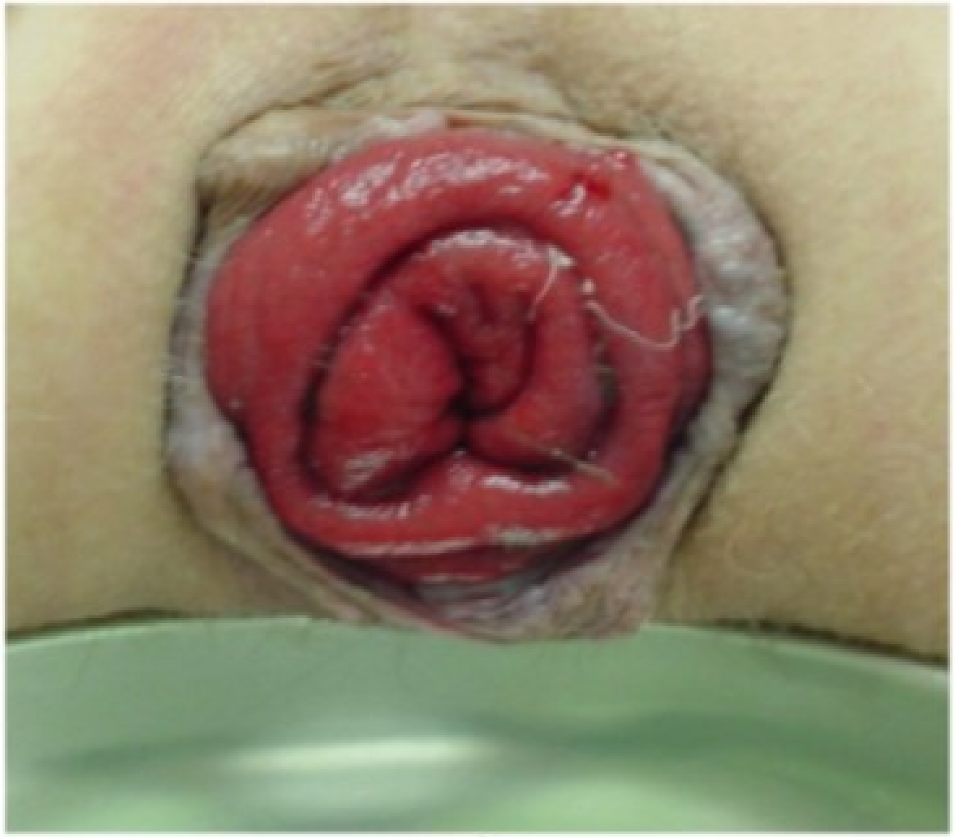


- enterocele

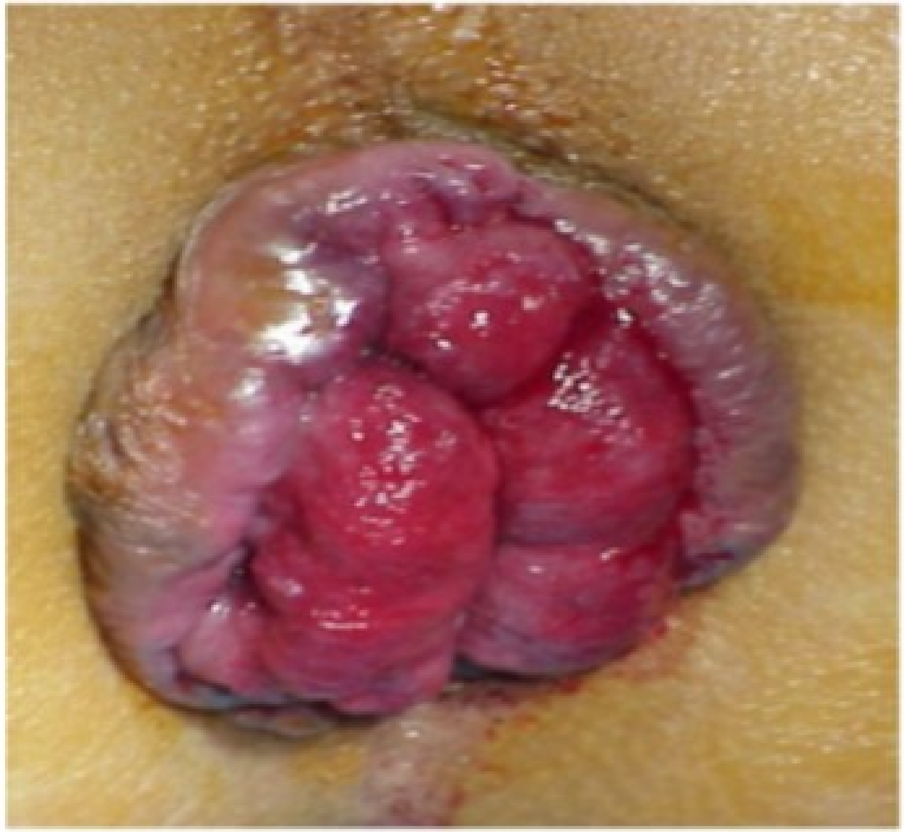


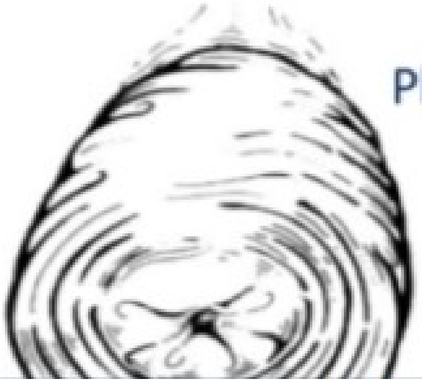
- rectocele

PROLAPSO RECTAL COMPLETO



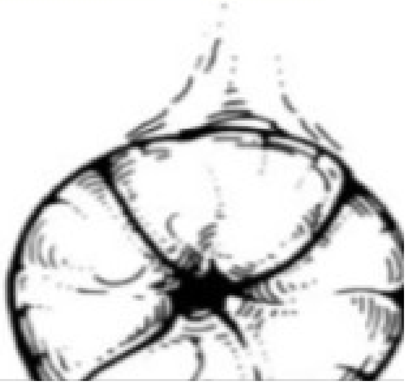
PROLAPSO MUCOSO / HEMORROIDAL





Pliegues circulares mantenidos

*¡¡ siempre hay anillos alrededor de ur**ANO** !!*



ENTEROCELE

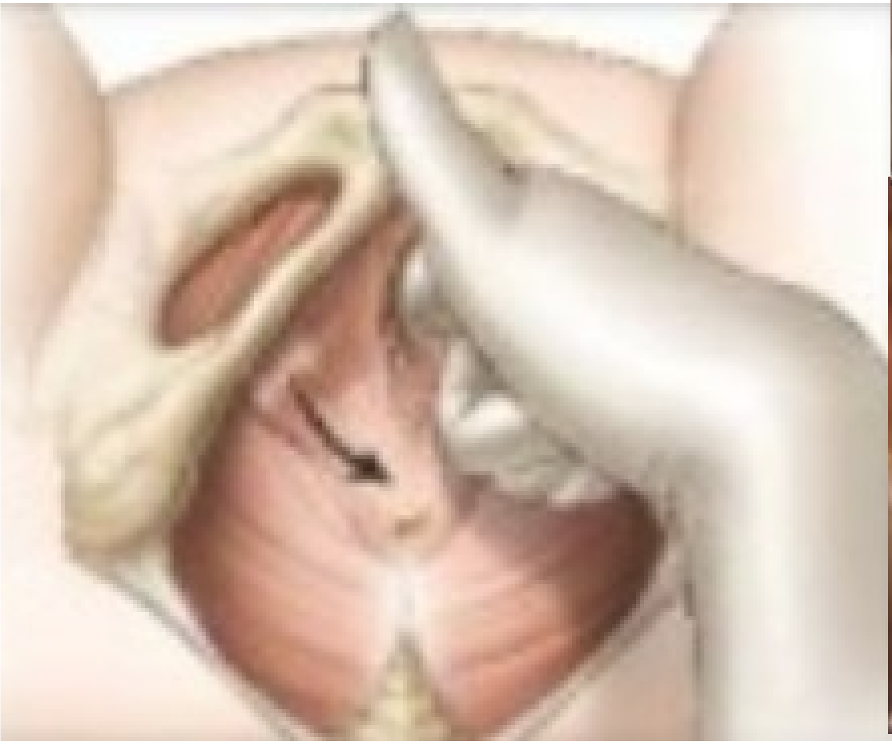
- Porción superior de la pared vaginal.
- Contiene intestino delgado o epiplón.
- Lesión de los ligamentos uterosacros

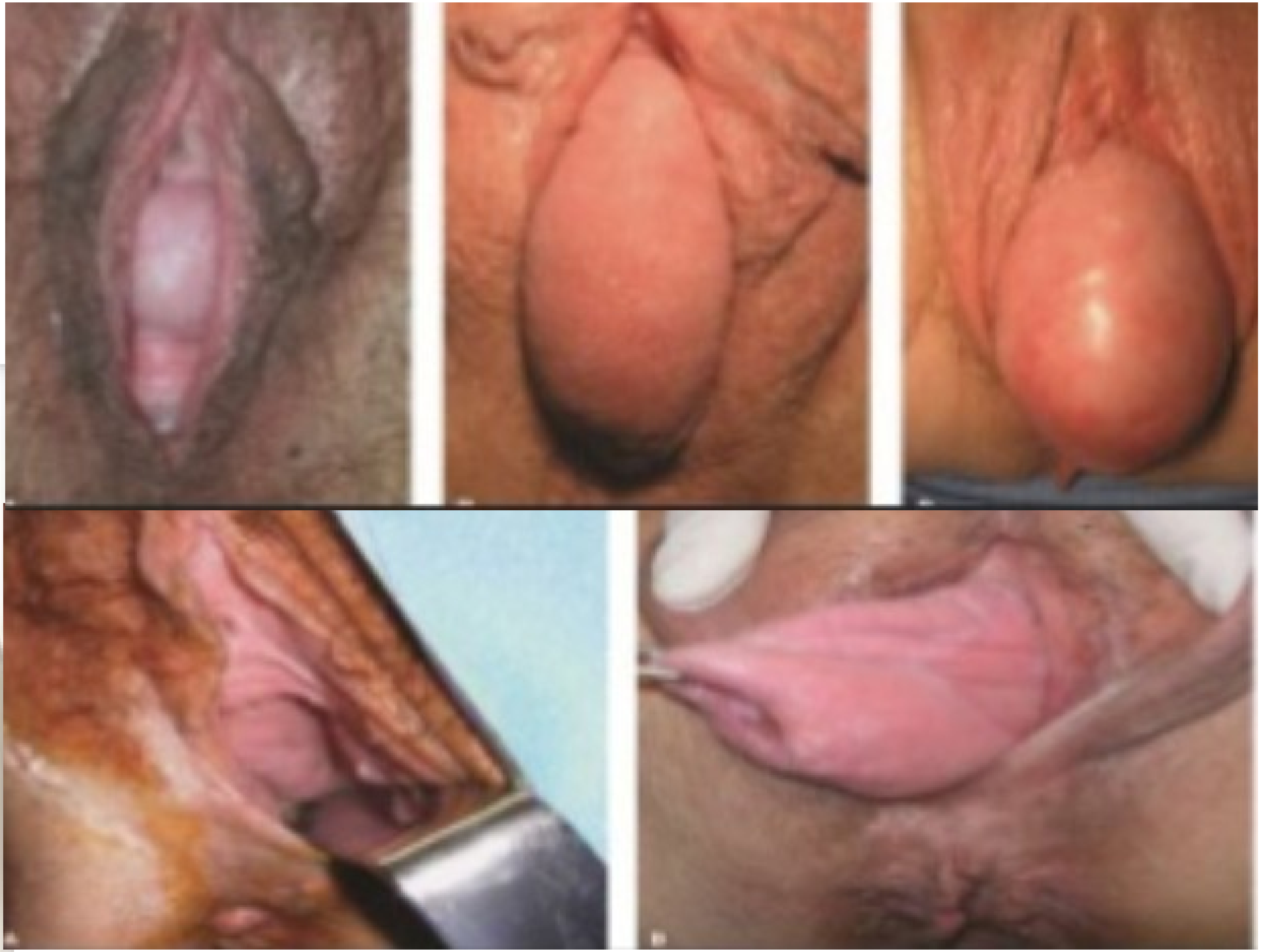
PROLAPSO DE LA CÚPULA VAGINAL

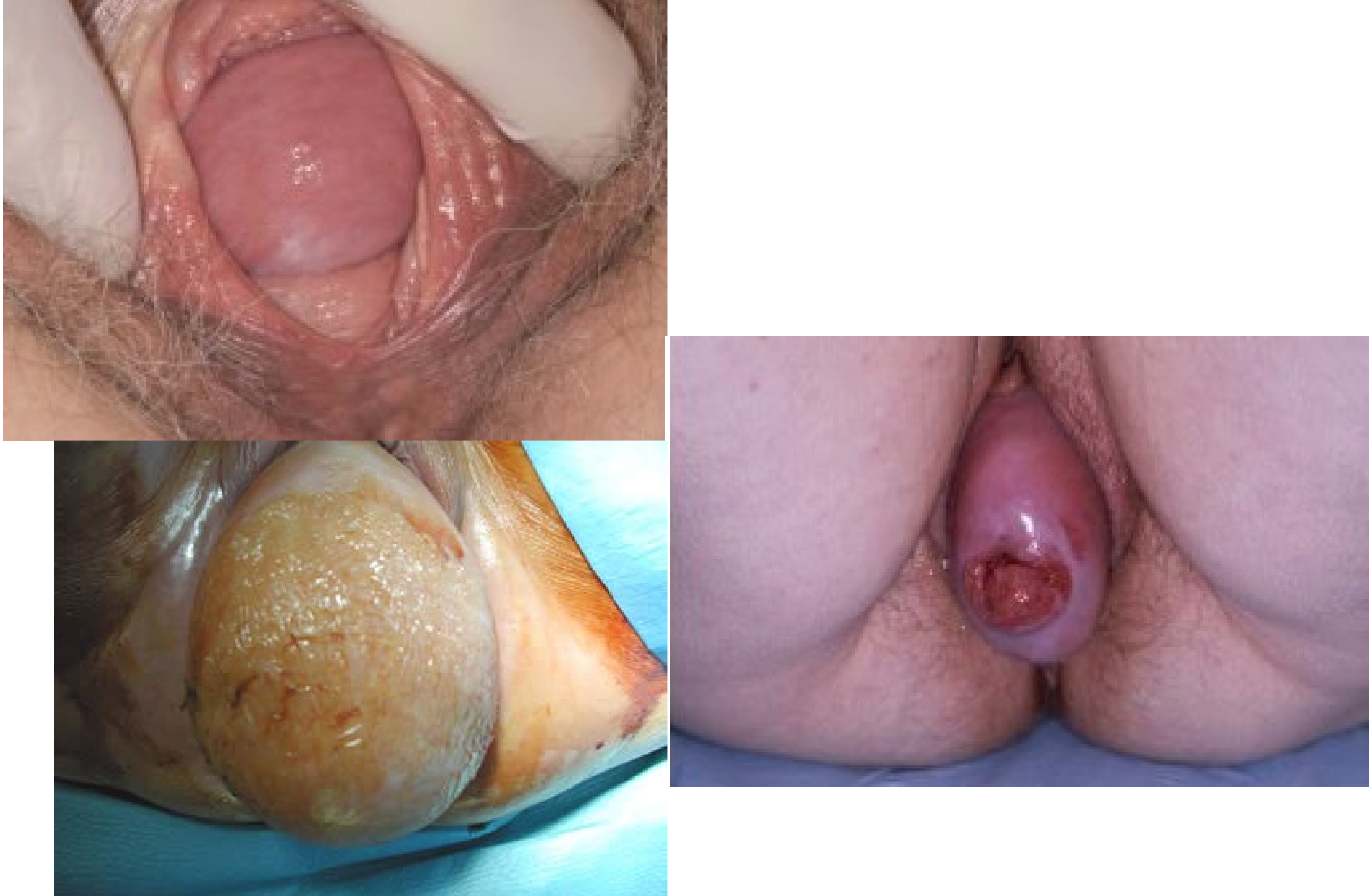
Descenso de la cúpula vaginal o cérvix en pacientes con histerectomía previa.

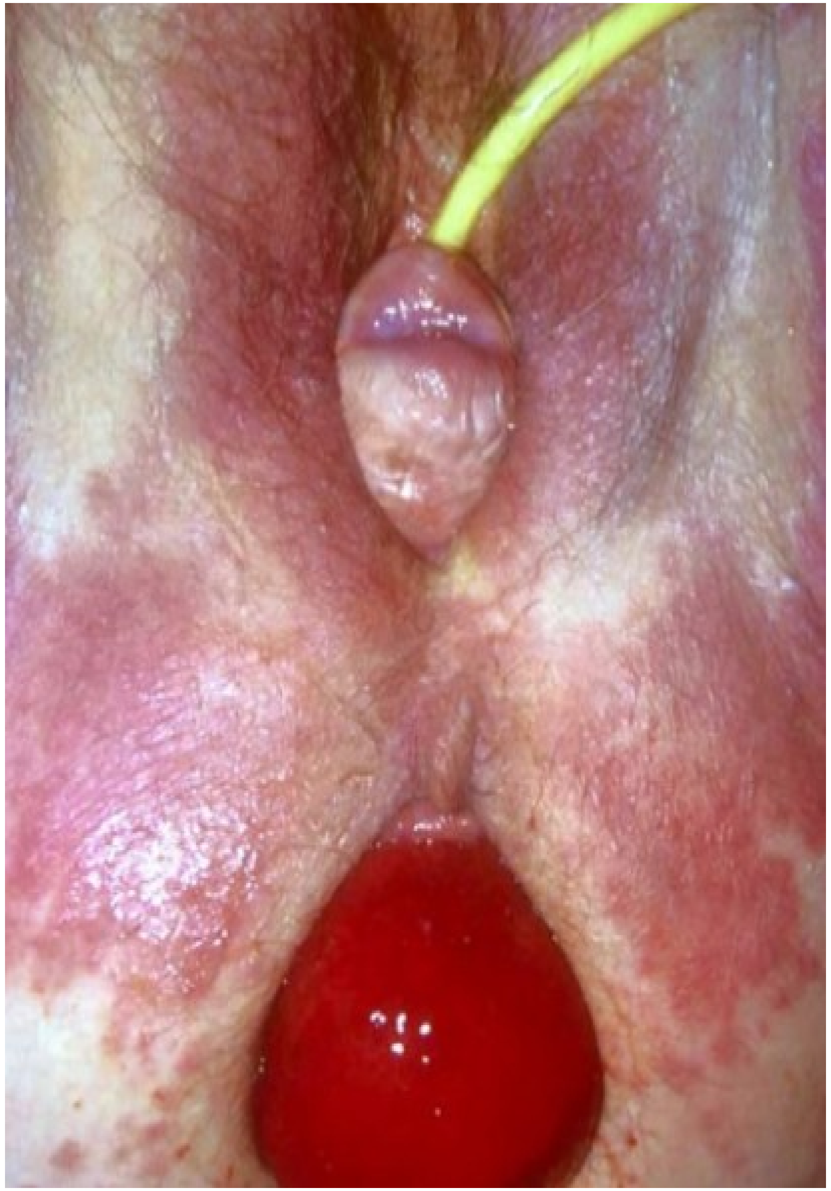
CLASIFICACIÓN

GRADOS DE PROLAPSO	
GRADO I	Descenso entre posición normal e introito
GRADO II	Descenso a nivel de introito.
GRADO III	Descenso por fuera del nivel de introito
GRADO IV	Prolapso total, fuera del plano vulvar

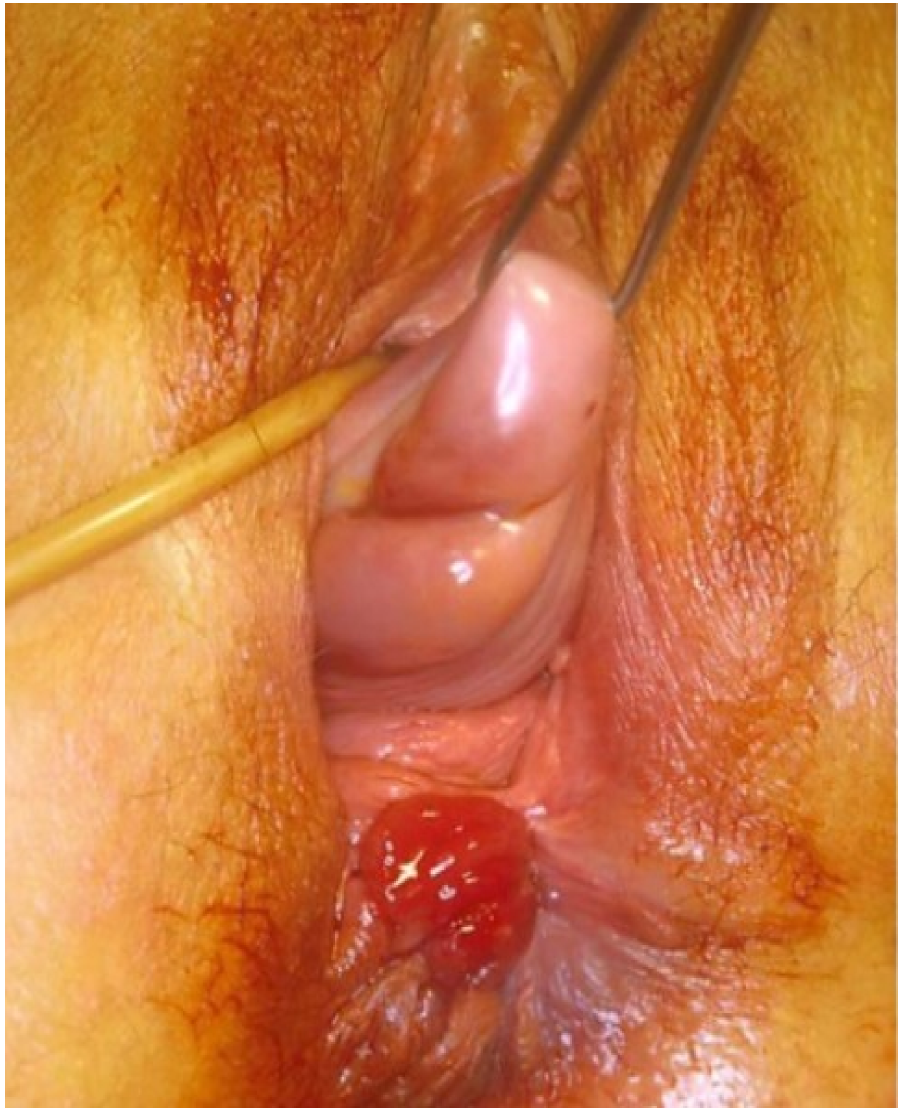








Mujer 60 años Prolapso rectal



Mujer 63 años cistocele , incontinencia anal (cloaca)

POP-Q

- Implementación en 1995 por la sociedad internacional de continencia.

- 9 medidas de referencia.

- Distancia en centímetros respecto al himen a 6 puntos fijos en la pared vaginal .

- 3 mediciones perineales.

- Valores proximales al himen se registran como negativos.

- Valores distales al himen se registran como positivos.

himen

Dos en la pared vaginal anterior puntos Aa y Ba.

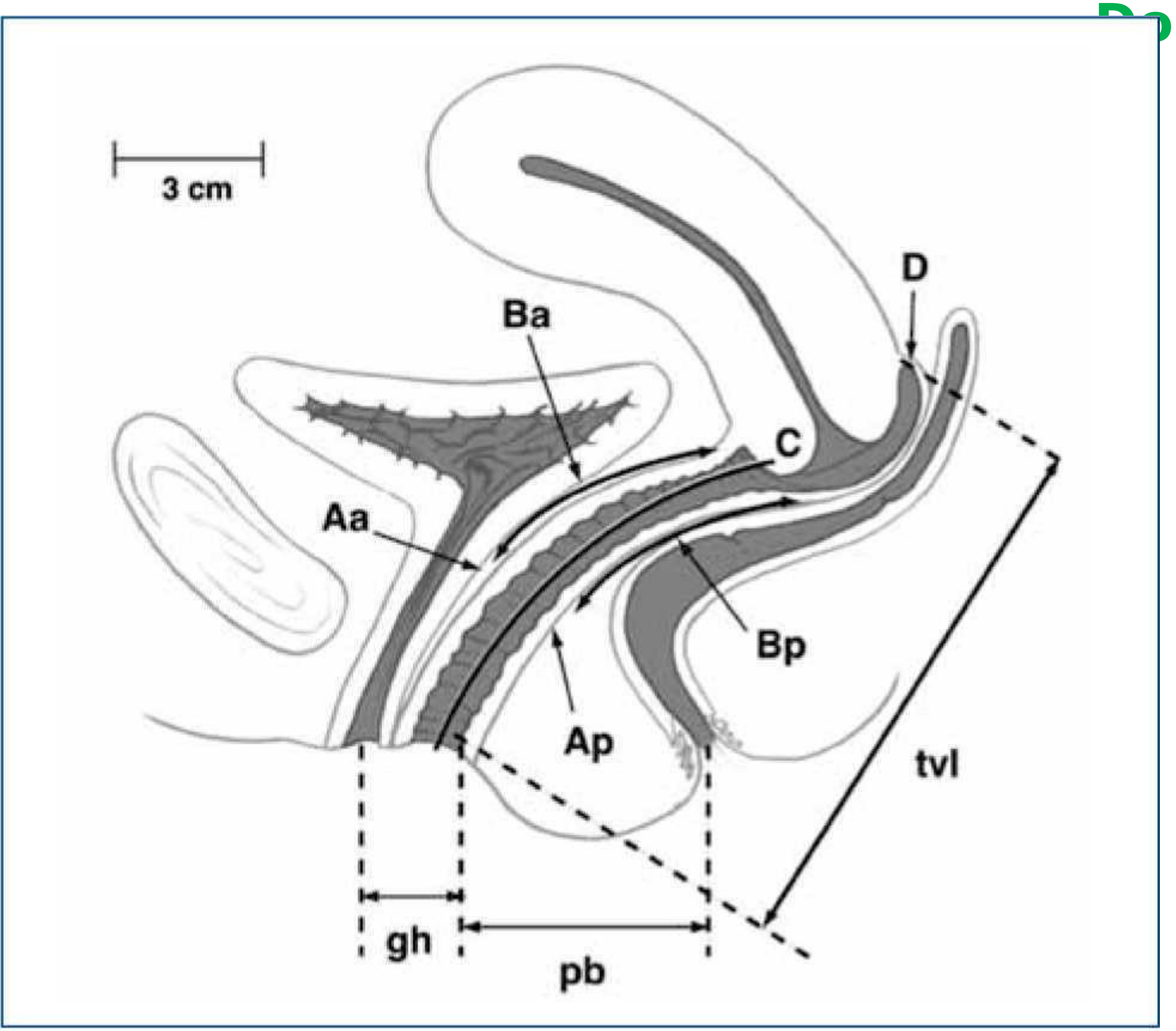
Dos en porción apical de la vagina puntos C y D.

Dos en la pared vaginal posterior puntos Ap y Bp

También **se mide el hiato** genital Gh

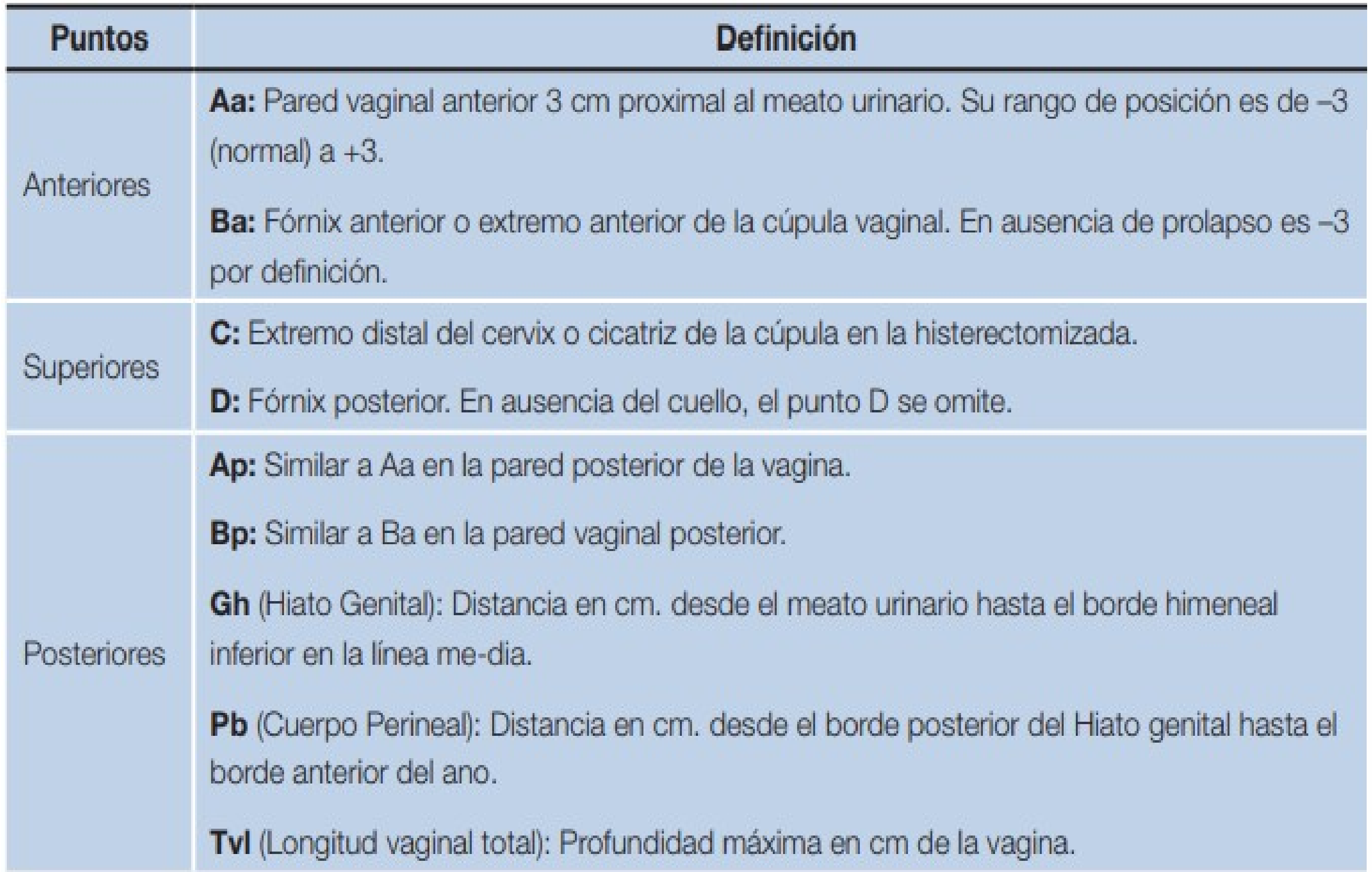
Cuerpo perineal Pb

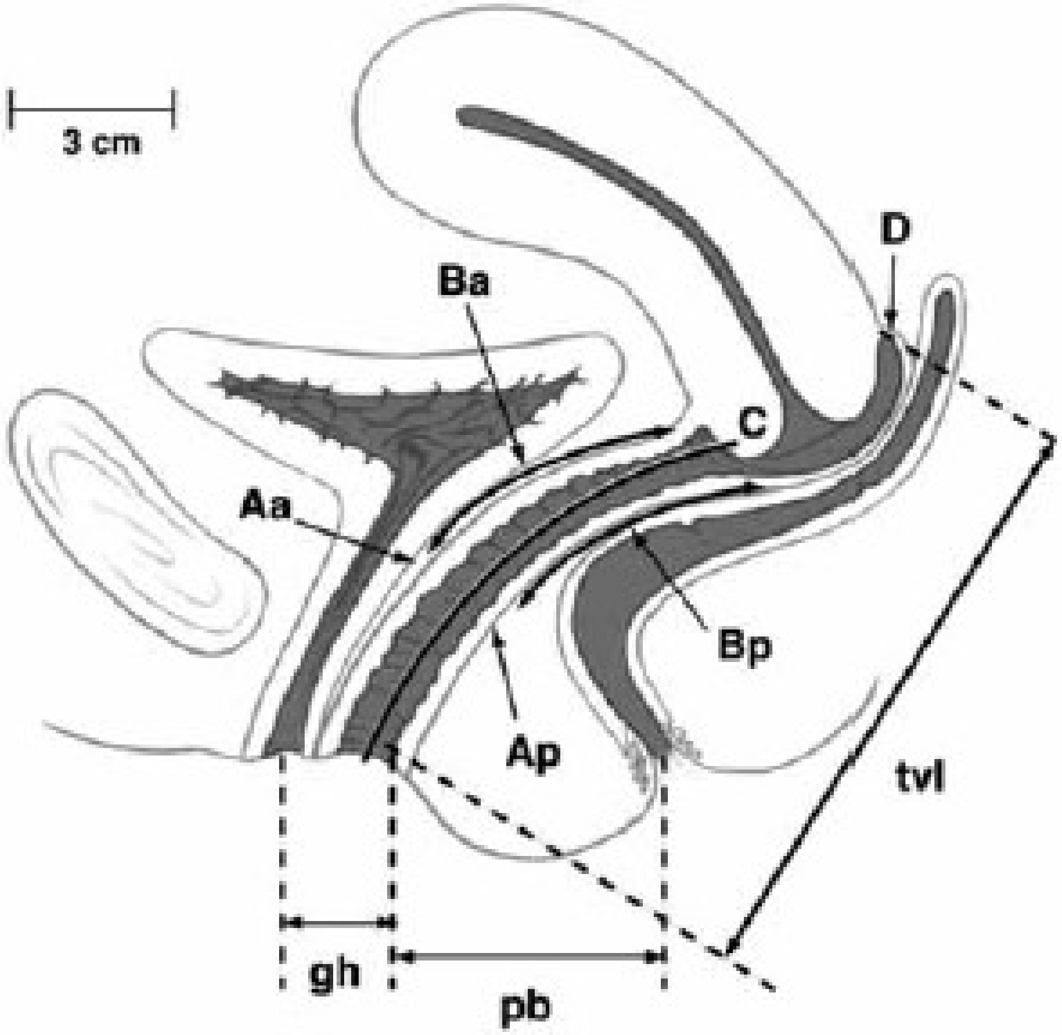
Longitud vaginal total TVL



Revista Médica Clínica Las Condes. 2013;24:202-9

Todos los puntos el sistema POP Q salvo la TVL se **miden durante la maniobra de valsalva y deben reflejar la protrusión máxima.**



Puntos	Definición
Anteriores	**Aa:** Pared vaginal anterior 3 cm proximal al meato urinario. Su rango de posición es de –3 (normal) a +3.
	Ba: Fórnix anterior o extremo anterior de la cúpula vaginal. En ausencia de prolapso es –3 por definición.
Superiores	**C:** Extremo distal del cervix o cicatriz de la cúpula en la histerectomizada.
	D: Fórnix posterior. En ausencia del cuello, el punto D se omite.
Posteriores	**Ap:** Similar a Aa en la pared posterior de la vagina.
	Bp: Similar a Ba en la pared vaginal posterior.
	Gh (Hiato Genital): Distancia en cm. desde el meato urinario hasta el borde himeneal inferior en la línea me-dia.
	Pb (Cuerpo Perineal): Distancia en cm. desde el borde posterior del Hiato genital hasta el borde anterior del ano.
	Tvl (Longitud vaginal total): Profundidad máxima en cm de la vagina.